

351

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

M. GIRARD (Albert-Eugène-Auguste-Marie)

Né à GUILLIERS (Morbihan) le 20 Mars 1898

Les Egagropiles

du tube digestif chez l'homme

leur diagnostic clinique et radiologique

Président : M. LEJARS, Professeur

1925

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marc. LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	L. BERNARD.
Médecine légale	BALVPAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
	GILBERT.
Clinique médicale	CHAUFFARD.
	AGHARD.
	WIDAL.
	MARFAN.
Hygiène et clinique de la première enfance	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies des enfants	H. CLAUDE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique	GOSSET.
Clinique urologique	De LAPERSONNE.
	LEQUEU.
Clinique d'accouchements	GOUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BROCA Aug.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgic ^{le} .
AUBERTIN ..	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgic ^{le} .
BAUDOUIN ..	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET ...	Pharmacologie et ma- tière médicale.
CADENAT ...	Pathologie chirurgic ^{le} .
CHAMPY	Pathologie médicale.
CHIRAY	Histologie.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG ..	Anatomie pathologi ^q .
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérim ^{le} .
HARVIER	Pathologie médicale.
FEITZ-BOYER.	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.

MM.

LABBÉ (H.) ..	Chimie biologique.
LARDENNOIS.	Pathologie chirurgic ^{le} .
LE LORIER ..	Obstétrique.
LEMAITRE ..	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE....	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE ..	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU ...	Pathologie chirurgic ^{le} .
METZGER ...	Obstétrique.
MOCQUOT ...	Pathologie chirurgic ^{le} .
MONDOR	Pathologie chirurgic ^{le} .
MOURE	Pathologie chirurgic ^{le} .
MULON	Histologie.
PHILIBERT ..	Bactériologie.
RIBIERRE ...	Pathologie médicale.
RICHET Fils.	Physiologie. ..
ROUVIÈRE ..	Anatomie.
STROHL	Physique médicale.
TANON	Pathologie médicale.
TIFFENEAU ..	Pharmacologie et ma- tière médicale.
VAUDESCAL ..	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET ...	Pathologie médicale.
WELTER	Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS	Physiologie.
GOUGEROT ..	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.

MM.

RETTERER ..	Histologie.
ROUSSY	Anatomie pathologi ^q .

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DU COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU ..	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.
LEREBoullet.....	Clinique chirurgicale infantile.
LÉRI	Clinique médicale.
LœPER	Clinique médicale.

MM.

OMBRÉDANNE.....	Clinique médicale in- fantile.
SCHWARTZ .	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique médicale.
RATHÉRY ...	Clinique chirurgicale.
TERRIEN	Clin. ophtalmologique.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

MAUCLAIRE, agrégé .

Chargé du cours de chirurgie orthopédique
chez l'adulte pour les accidentés du tra-
vail, les mutilés de guerre et les infirmes
adultes.

FREY

Stomatologie.

N.

Education physique.

LEDoux-LEBARD

Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur LEJARS

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine

Ancien Président de la Société de Chirurgie

INTRODUCTION

Deux cas d'égagrapile ou tumeur pilcure du tube digestif s'étant présentés à quelques mois d'intervalle, l'un dans une clinique privée, l'autre à l'hôpital de Saint-Brieuc, nous ont suggéré l'idée de faire plus amples études à ce sujet. Nos recherches bibliographiques nous ont amené à constater que dans une Thèse de Paris (1908), intitulée « Les tumeurs pileuses du tube digestif; leur traitement chirurgical ». E. Feit a déjà réalisé un travail d'ensemble sur la question.

Depuis cette date nous ne trouvons mentionné spécialement dans aucun traité classique ce cas pathologique, moins rare cependant qu'on pourrait le supposer, car nos recherches nous ont permis de nous rendre compte que depuis 1779, il existe 111 cas de grosses tumeurs pilucres, la plupart rapportés dans les archives médico-chirurgicales étrangères.

La conclusion que nous tirons de la lecture de ces observations est que le diagnostic exact de ces tumeurs n'a jamais été établi à l'aide des signes cliniques seuls. Ce n'est le plus souvent qu'une découverte opératoire ou d'autopsie. Certes, pour poser ce diagnostic il suffirait parfois d'avoir un cas présent à la mémoire et de comparer les symptômes actuels avec ceux déjà constatés ou mentionnés. Malheureusement le médecin n'est pas toujours prévenu, ni aiguillé dans le bon sens par l'interrogatoire du malade ou de son entourage. Ceux-

ci n'attribuent jamais en pareil cas les symptômes éprouvés à leur cause exacte.

Feit, déclarant que le diagnostic des égagrophiles est loin d'être facile, ajoute : « Il est toujours délicat, mais on peut cependant y arriver en s'appuyant sur tous les symptômes que nous avons passés en revue, sur les commémoratifs et en faisant intervenir comme moyen de contrôle les rayons X ». Notre observation personnelle nous a justement fait penser que cet examen radiologique était indispensable et qu'il serait intéressant d'essayer de démontrer dans ce travail, avec quelques observations à l'appui, le rôle de la radioscopie et de la radiographie dans le diagnostic des tumeurs pileures du tube digestif chez l'homme. Il existe, en effet, un certain nombre de signes radiologiques, presque toujours les mêmes, dont Feit ne parle pas dans sa thèse, qui joints aux autres moyens d'investigation peuvent nous permettre de poser sans hésitation un diagnostic positif de ces curieux corps étrangers de l'estomac.

Nous avons divisé notre sujet en cinq chapitres. Après avoir indiqué rapidement l'historique de la question, l'étiologie, l'anatomo-pathologie nous développerons davantage la symptomatologie et le diagnostic de ces tumeurs au double point de vue clinique et radiologique.

Avant de commencer l'étude de notre sujet qu'il nous soit permis de remercier les maîtres qui nous ont guidé dans nos études et initié aux difficultés des cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale.

Que nos maîtres de Rennes reçoivent nos hommages de reconnaissance pour les leçons qu'ils nous ont prodiguées pendant notre séjour dans leurs services.

Nous devons un témoignage particulier de reconnaissance à MM. les médecins et chirurgiens de l'Hospice Général de Saint-Brieuc, qui nous ont donné maintes fois des preuves de leur bienveillante sympathie.

Que M. le Professeur Lejars, enfin, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, reçoive ici l'assurance de notre bien sincère reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait.

OBSERVATION I

La malade, âgée de 14 ans, domestique de ferme chez ses parents, entre le 30 juillet 1924 à l'Hospice de Saint-Brieuc, pour tumeur abdominale. Elle est l'aînée d'une famille de six enfants bien portants. Intelligence vive, mémoire excellente, aucune tare nerveuse dans la famille. Poumons, cœur et reins normaux.

Elle me raconta que depuis longtemps elle avait l'habitude de s'arracher les cheveux, de les mordiller, de les mâchonner et enfin de les avaler. Jusqu'à l'âge de 11 ans, la santé a été assez bonne. A partir de cette époque, elle commença à ressentir de vagues douleurs dans la région épigastrique, fut prise de vomissements, de diarrhée et de coliques durant trois ou quatre jours, mais ne cessa jamais ses occupations dans la ferme de ses parents jusqu'à il y a huit jours environ, date depuis laquelle elle a dû s'aliter.

Il y a 3 ans, elle consulta un médecin qui diagnostiqua un abcès froid. Un examen radioscopique après absorption d'un repas bismuthé, révéla l'existence « d'un point noir » dans la région épigastrique. Elle suivit divers traitements médicaux, mais sans résultat. Elle me déclara que la tumeur était à ce moment beaucoup plus petite qu'aujourd'hui et qu'on pouvait la repousser entièrement sous le rebord costal de l'hypocondre gauche. Elle continua à se faire soigner, la tumeur augmentant peu à peu de volume et les symptômes fonctionnels ne s'améliorant pas, jusqu'en mai 1924, époque où ses parents firent appeler successivement

deux médecins qui décidèrent son hospitalisation dans un service de chirurgie.

Actuellement la malade, non réglée, pâle et très amaigrie, présente un aspect infantile. Dans la station debout la voussure sus ombilicale constituée par la tumeur contraste avec l'état squelettique du reste du corps. Taille 1 m. 29, périmètre thoracique 59 centimètres, poids 28 kilos.

Dans le décubitus dorsal avec les genoux relevés, on sent parfaitement une tumeur occupant la région épigastrique. Elle se dirige obliquement de haut en bas et de gauche à droite, se prolonge sous le petit lobe du foie. Elle est dure, rénitente, lisse, régulière, mobile beaucoup plus à gauche qu'à droite et peut être repoussée en haut et à gauche assez loin sous les cartilages costaux. Le bord inférieur arrondi se délimite nettement, le bord supérieur court et concave est difficilement palpable. La palpation et la mobilisation provoque une douleur sourde à l'épigastre et des nausées.

Cette tumeur s'élève avec les mouvements expiratoires et s'abaisse notablement à chaque inspiration.

A la percussion, on trouve une matité identique à celle des organes voisins : foie, cœur et rate dont les limites inférieures sont normales. Au dessous il existe du tympanisme.

Les signes fonctionnels déterminés par la présence de cette tumeur, au début, étaient peu marqués et cessaient pendant un certain laps de temps pour réparaître avec plus de violence par la suite.

La douleur ressentie à l'estomac qui s'irradiait dans

le dos jusqu'entre les épaules, augmentait beaucoup après les repas surtout depuis trois ans.

Les matières vomies sans grands efforts, étaient généralement des aliments solides ou parfois un liquide brunâtre avec quelques glaires filantes. Depuis un an les vomissements apparaissaient environ une fois par jour et la diarrhée une fois par semaine.

Le nombre des selles en 24 heures était normal. La malade n'avait jamais souffert de la constipation. La qualité de la nourriture n'avait aucune influence sur les vomissements et les selles.

Ni les médecins, ni la malade elle-même n'avaient jamais voulu attribuer les symptômes qu'elle manifestait, à son habitude d'arracher et d'avaler ses cheveux. L'avis presque général était qu'elle souffrait d'une splénomégalie.

Un cas identique s'étant présenté quelques mois auparavant dans la clinique du Docteur L..., me suggère l'idée qu'il s'agit vraisemblablement d'une tumeur pileuse de l'estomac. Pour assurer mon diagnostic, je demande un examen radioscopique au Docteur L..., médecin radiographe de l'hôpital. Voici les résultats :

La malade réussit avec peine à avaler quelques cuillerées de baryum.

1° On voit alors le liquide opaque suivre la petite courbure après avoir franchi aisément le cardia, puis se diriger transversalement pour atteindre la grande courbure comme si le liquide suivait un plan résistant, et, de là, s'infiltrer peu à peu le long de la grande courbure. Des contractions et des ondes peristaltiques de l'estomac se dessinent visiblement.

2° On⁷ remarque une stase du baryum au niveau du pylore. Celui-ci prend la forme d'un canal allongé qui fait communiquer la cavité gastrique et le duodénum.

3° On a nettement l'impression que l'estomac est rempli par une masse dure dont on aperçoit vaguement les contours rappelant la forme de l'estomac et correspondant aux limites de la tumeur fournies par la palpation.

4° On constate que les anses grêles sont dilatées et remplies de gaz, sans doute à cause de la compression exercée sur l'intestin par cette tumeur. Cette distension déforme l'estomac et lui donne un aspect légèrement échancré.

Cette tumeur doit être un égagrapile ayant été prévenu que la fillette mangeait ses cheveux.

La suite devait infirmer le diagnostic radiologique quant à la cause de la dilatation des anses grêles que l'on avait attribuée à la compression alors qu'elle était due à une seconde tumeur plus lointaine siégeant au niveau de la valvule ileo-cœcale.

Opération. — Le 16 août, le Docteur P.. pratique une laparotomie médiane sus et sous ombilicale de 15 centimètres. Dès l'ouverture du péritoine se présente l'estomac fortement dilaté et abaissé à la palpation qui déplace de l'air et du liquide, on sent au travers de la paroi antérieure une tumeur de consistance dure qui semble située derrière l'estomac. Cette paroi est dépressible et se modèle sur la tumeur. Une boutonnière est pratiquée sur le feuillet antérieur du grand épiploon, l'arrière cavité est vide. Donc, il n'existe pas de kyste ou de tumeur du pancréas. En réclinant l'es-

tomac, la tumeur perçue à travers la paroi antérieure est encore sentie à travers la paroi postérieure. Celle-ci paraît également indépendante de la masse stomacale. En déplaçant l'estomac, on déplace également la tumeur. Par conséquent, elle est libre et incluse dans la



Fig. 1. — Trichobézoard de 985 gr. extrait par le Dr P. — Noter l'extrémité en forme de bec engagée dans le duodénum. A gauche, seconde tumeur pileuse qui siégeait au niveau de la valvule iléo-cœcale.

cavité gastrique. Immédiatement gastrotomie antérieure large de 7 à 8 centimètres. Par l'ouverture se montre une masse noire emplissant la majeure partie de l'estomac dilaté et baignant dans un liquide muqueux, noirâtre, épais, d'odeur fétide. Elle est extraite en bloc par des mouvements de rotation à l'aide d'une longue pince à dents de souris et apparaît comme un

moule exact de la cavité stomacale, composée de cheveux noirs tassés et parfaitement agglomérés imbibés de suc gastrique d'odeur aigre caractéristique. La paroi antérieure de l'estomac est suturée en trois plans muqueux, musculeux, séreux au fil de lin, l'épiploon est ramené sur l'incision pour la protéger et l'abdomen refermé en deux plans.

L'intervention terminée, la tumeur est examinée plus minutieusement. La pièce est cylindrique, son extrémité inférieure est arrondie et répond parfaitement à la grosse tubérosité de l'estomac; son extrémité inférieure, la plus volumineuse est infléchie comme le pyllore; elle se rétrécit et se termine par un pinceau de poils qui s'engageaient en haut et en arrière dans le duodénum. Le bord droit est concave comme la petite courbure tandis que le bord gauche est convexe. La tumeur pèse 985 grammes, a une longueur de 23 centimètres. Elle est entièrement constituée par des cheveux ainsi que par quelques débris alimentaires. Elle est très solide et se laisse difficilement couper au bistouri. La plupart des cheveux qui la composent ont de 20 à 25 centimètres de long.

Bien qu'il ne peut y avoir aucun doute sur l'origine de ces cheveux, on interroge les parents. La mère nous déclare alors que sa fille, malgré toutes les remontrances qu'elle lui fit et les menaces d'accidents graves, ne put se corriger de l'habitude qu'elle avait depuis l'âge de 3 ou 4 ans de s'arracher les cheveux ou de mordiller ses nattes.

A la suite de l'opération, la malade éprouve un soulagement durant quelques jours. Mais au bout du huitième, elle présente une constipation absolue, des vomis-

sements continuels et un tympanisme croissant avec ventre douloureux. Ce développement considérable de l'abdomen avec des anses grêles très dilatées dont les mouvements se dessinent sous la paroi font songer à une occlusion intestinale par brides cicatricielles post-opératoires.

Pour ma part, je pense que la réapparition des vomissements et le ballonnement du ventre peut être attribué à une obstruction intestinale provoquée par une seconde tumeur pileuse.

On enlève aussitôt les crins de la première intervention. On explore l'intestin. A 4 ou 5 centimètres au-dessus de la valvule iléo-coccale, un coprolithe volumineux, dur, lisse, régulier, obstrue complètement l'iléon qui le contient.

On l'extraît par une incision longitudinale de 5 centimètres. Les suites opératoires cette fois sont simples et la malade sort guérie de l'hôpital en septembre.

Cette seconde tumeur consiste comme la première, en un peloton serré de cheveux agglutinés entre eux par un liquide noirâtre d'odeur aigrelette. Elle a la forme d'un croissant, son bord supérieur est concave, l'inférieur convexe.

Les deux extrémités se rétrécissent par un pinceau de cheveux dont l'un beaucoup plus mince et long était engagé dans la valvule iléo-coccale. Elle est du calibre de l'iléon dilaté, pèse 160 grammes, mesure 9 centimètres de long et 4 centimètres de diamètre.

OBSERVATION II

Femme X..., âgée de 26 ans, adressée en février 1924 par le Docteur L..., chirurgien, en vue d'un examen radioscopique pour troubles stomacaux et présence de tumeur en apparence extra-stomacale, mobile, occupant la région de l'hypoconche gauche.

Cette tumeur, sentie à la palpation est nettement gauche à tel point qu'a priori, elle paraît ou rénale ou splénique. Elle se déplace facilement au point de disparaître sous les fausses côtes. Elle est indolente et présente la forme d'une aubergine.

Radioscopie. — 1° L'estomac dilaté et abaissé présente une forme spéciale; celle d'un J majuscule.

2° La bouillie bismuthée suit d'abord la petite puis la grande courbure et donne l'impression de s'infiltrer entre la paroi stomacale et un plan résistant dont les contours se dessinent de plus en plus nettement. L'ombre ainsi constituée prend peu à peu un aspect ovalaire.

3° On constate un retard à l'évacuation du lait de bismuth, dû à l'étroitesse de la région bulbaire. Les mouvements péristaltiques de l'estomac font penser à la présence d'un ulcère de la région pylorique.

Intervention. -- La laparotomie pratiquée, la région bulbaire présente un épaississement, mais l'estomac ne paraît pas atteint de tumeur, celle-ci restant dans l'estomac et fuyant au moment de l'extériorisation de la plus grande partie de l'organe. A ce moment, en pré-

sence des vomissements rebelles, une gastro-entérostomie trans-mésocolique est jugée nécessaire.

On laisse alors l'estomac et son contenu reprendre sa place dans l'abdomen. A l'exploration on perçoit une tumeur qu'on abaisse et qui vient difficilement se loger dans la région bulbaire. On extériorise cette tumeur et le diagnostic est alors posé de tumeur mobile intra-stomacale.

Par gastrotomie, ou énuclée, une tumeur de 550 gr. constituée par des cheveux longs et agglutinés en spirale par suite d'un mouvement giratoire.

A l'interrogatoire, la malade nous apprend que depuis 7 ou 8 ans, elle s'arrachait les cheveux et les avalait.

OBSERVATION III

La malade, âgée de 29 ans, était admise dans le service du Docteur B... en novembre 1912. Elle présentait une tumeur énorme, dure occupant la région supérieure de l'abdomen et descendant au-dessous de l'ombilic.

A ce moment, l'interrogatoire ne donnait aucun renseignement quant à la nature de cette tumeur et l'on posait divers diagnostics. Comme cette femme ne pouvait ingérer aucune nourriture solide, on lui donna un mélange de sulfate de baryum et de lait. Puis on fit une radioscopie dans la position debout. Aucun médecin ne put déterminer la nature réelle de cette tumeur à l'exception du Docteur B... qui se demanda s'il ne s'agissait pas d'un égagrapile.

Radioscopie. La bouillie de baryum descendait rapidement à travers le cardia ; une certaine quantité

semblait remonter pendant quelques instants vers ce dernier, déterminant à ce niveau une opacité plus sombre.

2° Elle gagnait ensuite la petite puis la grande courbure constituant deux traînées noires. Celles-ci franchissaient le pylore et lentement évacuaient l'estomac dilaté. Les contractions étaient difficiles à constater.

3° Dans la position couchée, le repas opaque s'élevait en totalité. On pouvait le voir traverser le pylore puis passer dans le duodénum et l'intestin grêle. Les contractions pyloriques disparaissaient ainsi que le retard à l'évacuation.

4° L'ombre prenait presque exactement la forme d'un J épais, segmenté par des bandes plus opaques.

On apprend dans la suite que la jeune femme avait avalé des cheveux. En mai 1913, le Docteur L. J... retira de l'estomac par gastrotomie trois grosses tumeurs pileuses. L'égagropile supérieur et inférieur s'articulaient avec celui du milieu par des surfaces planes.

Il devenait dès lors évident que cette tumeur emplissait entièrement l'estomac et que l'aspect observé aux rayons X était dû au lait de baryum logé entre la paroi stomacale et son contenu. Une grande quantité de ce liquide opaque recouvrait la masse inférieure tandis que des traînées sombres se dessinaient entre les trois segments.

Il est intéressant de noter que la forme de l'ombre était celle de l'estomac normal que l'on observe habituellement à l'examen radiographique. Cette constatation confirme donc d'une manière exacte la forme de

cet organe. (The Archives of the Roëntgen-Ray N° 156, juillet 1913, page 46-47).

OBSERVATION IV

En juin 1913, M. S..., âgée de 28 ans, nous était adressée par le Docteur W... pour tumeur abdominale.

Depuis plusieurs semaines, la malade se plaignait de faiblesse générale, de perte de l'appétit et de vagues douleurs dans l'abdomen survenant par crises et le plus souvent accompagnées de vomissements. La malade était constipée presque continuellement. Ses antécédents familiaux ne donnaient aucun renseignement important. Dans ses antécédents personnels on notait une fièvre scarlatine à 8 ans.

A l'inspection, on remarquait un bon état général, mais une grande anémie. Dans l'hypocondre gauche, on sentait nettement une masse dure occupant l'épigastre, la région lombaire gauche et atteignant l'ombilic. Ses contours supérieurs étaient difficiles à délimiter. Elle n'était pas douloureuse mais extrêmement mobile et suivait les mouvements respiratoires.

Cette tumeur donnait nettement l'impression d'une rate hypertrophiée. On fit un examen de la formule sanguine. Les résultats étaient les suivants : hémato-blastes, 65 par cent² ; globules rouges 4.800.000 ; globules blancs, 5.760 ; pas de myélocytes. On en conclut qu'il s'agissait probablement d'une anémie splénique et l'on prescrivit un traitement en conséquence. Plus tard une communication du Docteur W... nous apprenait que l'état de la malade n'avait subi aucune amélioration. Elle fut alors admise le 27 juin à l'hôpital.

A un nouvel examen, la mobilité de la tumeur fit mettre en doute le premier diagnostic. On pria alors le Docteur B... de faire un examen radioscopique. Le 4 juillet, celui-ci révéla l'existence d'une masse de cheveux située dans l'estomac.

On demanda à la malade si elle n'avait pas l'habitude de manger ses cheveux. Sa réponse fut négative. Cependant son frère aîné nous apprit que pendant une fièvre scarlatine contractée il y a 20 ans, elle avait avalé la presque totalité de sa chevelure.

Le 11 juillet, elle passait dans un service de chirurgie et était opérée par le Docteur B... La guérison fut parfaite. Depuis, elle semble jouir d'une excellente santé.

Radioscopie. — Les tumeurs pileuses de l'estomac présentent un grand intérêt au point de vue de leur diagnostic radiographique. Le cas présent serait le premier qui ait été diagnostiqué d'une manière certaine par les rayons X. Ce diagnostic fut posé d'après les remarquables radiographies d'une tumeur que le Docteur T. H..., aurait observé quelque temps auparavant. (Archives of the Roentgen Ray. Juillet 1913.)

1° A l'examen radioscopique du malade, on ne remarquait rien d'anormal. Bien que l'on sentait nettement la tumeur qui pouvait faire penser à une grosse rate ou à une tumeur du pancréas, elle n'était pas directement constatable car elle présentait la même perméabilité aux rayons X que les organes voisins.

2° On fit ingérer au malade dans la position debout un repas bismuthé afin d'établir les rapports de l'esto-

mac et des autres portions du tube digestif avec la tumeur.

Le bismuth pénétrant dans l'estomac sans difficulté, se dirigeait vers la grande courbure, montrant très exactement que la tumeur était indépendante de la rate. S'il en avait été autrement, la grande courbure aurait été déplacée en dedans de cet organe. L'image radioscopique donnait l'aspect que présente quelquefois le carcinome avancé intéressant tout le pylore et la petite courbure.

3° Au fur et à mesure que se faisait l'absorption de la bouillie, elle descendait le long de la petite courbure donnant l'impression de contourner la masse qu'on ne pouvait par conséquent situer ni en dehors, ni en avant, ni en arrière de l'estomac.

4 Par un léger palper et mouvement de rotation du malade, on démontrait facilement que la tumeur déplaçait le bismuth, ce qui déterminait l'apparition d'un espace clair. La tumeur siégeait donc bien dans l'estomac.

5° Une palpation plus profonde mettait en évidence que non seulement cette tumeur se trouvait dans l'estomac, mais qu'elle était en outre très libre dans son intérieur. La radiographie montre ce déplacement, son extrémité supérieure s'élevant au-dessus du niveau de la bouillie, constituant une sorte de dôme dans l'espace clair environnant.

6° Pour mieux connaître la nature de cette tumeur, on pratiqua la distension de l'estomac avec du gaz carbonique. Puis, on la fit s'élever au milieu de l'énorme « cloche d'air » ainsi obtenu. Cela donnait

une masse opaque très épaisse, une large couche de bismuth étant entraînée avec elle.

7° Un point intéressant était à noter : la forme de la tumeur correspondait presque exactement à celle d'un J que les radiologistes considèrent comme l'image de l'estomac normal. En outre on peut en conclure que sa cavité est indivise.

8° Non seulement on put ainsi faire le diagnostic de la nature et de la forme de la tumeur, mais aussi apprécier ses dimensions qui étaient de 22 centimètres de long et 7 centimètres et demi de large.

On examina la tumeur après son ablation. L'extrémité qui pénétrait dans le canal pylonique formait un angle aigu. A l'examen physique on percevait d'ailleurs cette échancrure taillée dans le bord supérieur de la tumeur, rappelant assez celle de la rate hypertrophiée. (The Archives of the Roentgen Ray. N° 159, octobre 1913, pages 167-169).

OBSERVATION V

Une jeune fille, âgée de 16 ans, très intelligente, présentait depuis plusieurs années une énorme tumeur de l'abdomen. Plusieurs médecins et chirurgiens avaient posé le diagnostic de tumeur de la rate, du foie ou du rein. Devant l'incertitude de ce diagnostic, la plupart refusèrent l'intervention. Pendant cinq ou six ans, jusqu'à il y a un an, elle vomit constamment ses aliments. Ces vomissements ont repris depuis quelques mois. Elle éprouvait une répugnance particulière pour la viande qu'elle rejetait dès qu'elle essayait d'en ingérer. Elle ne se plaignait d'aucune douleur, seul l'hypocondre droit était légèrement sensible.

Cette tumeur était volumineuse et dure, descendait au-dessous du gril costal gauche. Le bord droit présentait une concavité à contours lisses, réguliers, atteignant 5 centimètres au-dessous de l'ombilic, puis remontait à droite pour disparaître sous le lobe inférieur du foie. Immédiatement au-dessous de cet organe, à droite de la ligne médiane, la palpation réveillait une légère douleur. Le reste de la tumeur était facile à délimiter et on pouvait la faire osciller d'un côté à l'autre de l'abdomen comme si elle avait été suspendue à un point fixe situé derrière le rebord costal gauche.

A l'aide des renseignements fournis par la mère, on précisa l'histoire de cette affection.

On apprit qu'aucun diagnostic n'avait été posé à part celui « de tumeur du foie, de la rate ou du rein ». La mère ajouta qu'à l'âge de 4 ou 5 ans, sa fille avait l'habitude de mordiller ses cheveux et même la laine de ses brebis, de ramasser et de mâchonner des morceaux de couvertures.

Radioscopie. — En novembre 1913, le Docteur M. C... demandait au Docteur T. H..., si la radiographie ne pouvait pas faciliter le diagnostic de cette tumeur. Après avoir rapporté l'observation précédente, le Docteur T. H..., lui déclarait que son malade présentait vraisemblablement une tumeur pileuse de l'estomac et qu'on pouvait en effet confirmer ce diagnostic par un examen radioscopique.

Radioscopie. — 1° Avant l'absorption de tout repas opaque, il était possible d'observer à l'écran la forme générale de la tumeur et de la différencier du foie, grâce à la distension par les gaz du colon transverse.

2° Les premières gorgées de liquide s'arrêtaient au niveau du cardia, suivaient la petite puis la grande courbure de l'estomac. Le bismuth s'épandait sur la masse contenue dans cet organe, comme pour lui constituer une coiffe.

3° Après l'ingestion d'une grande quantité de bouillie, le bismuth apparaissant entre les parois et la masse, dessinait les contours de l'estomac.

4° Il était évident qu'une énorme tumeur empaissait toute la portion droite de l'estomac y compris son extrémité pylorique. La forme d'un J, ainsi formé par l'image radiologique, devenait encore plus nette.

Opération. — Quelques jours après, le Docteur H... retirait par gastrotomie un trichobenzoad mesurant 25 centimètres de long et pesant environ 1 klg 300. La malade guérit d'une façon parfaite. (The Archives of the Röntgen Ray N° 164, année 1914, pages 573-574).

OBSERVATION VI

Jeune femme âgée de 22 ans, couturière, était malade depuis 12 mois, se plaignant de douleurs à l'épigastre irradiées dans le dos, accompagnées d'éructations et de constipation. Parfois, ces douleurs se calmaient par le repos au lit. Elle dut s'aliter depuis octobre jusqu'à décembre 1907, période pendant laquelle elle dépérit beaucoup.

Elle déclara qu'elle avait avalé un bout de ficelle de 50 centimètres avant le début de sa maladie, qu'elle avait l'habitude de mâchonner sa natte en faisant sa toilette et qu'elle avait ingéré aussi quelques morceaux

de coton. Cette jeune fille ne présentait aucun signe d'hystérie, mais était très anémiée.

En décembre 1907, elle évacuait une masse arrondie constituée par des cheveux, un bout de ficelle et quelques débris de coton. Les symptômes persistants, elle entra à l'hôpital en mai 1908, mais n'y restait qu'une dizaine de jours. Rentrée chez elle, elle présentait bientôt un degré extrême d'anémie, se plaignait de troubles dyspeptiques et était incapable de s'alimenter tant elle souffrait. Dans la région de l'hypocondre gauche, il y avait une tumeur énorme, mobile, dépassant la ligne médiane vers la droite. A la palpation on sentait une surface unie et plane, douloureuse au toucher, et qu'on déplaçait facilement d'un côté à l'autre.

Radiographie. — Au premier abord, cette tumeur paraissait à l'examen clinique en rapport avec l'estomac. On fit intervenir les rayons X pour en connaître le siège exact. Une radiographie prise après l'ingestion de bismuth montra « la belle image d'un corps étranger occupant toute la cavité stomacale et se prolongeant dans le duodénum ». Remarquons que la nature de cette tumeur ne fut jamais diagnostiquée.

Intervention. — Le 29 septembre après anesthésie à l'éther, à la palpation, cette tumeur devenait très mobile et reprenait sa place dans la région ombilicale gauche dès qu'on la laissait au repos.

On pratiqua une incision à gauche de la ligne médiane; l'estomac de suite en vue fut attiré au dehors de l'abdomen et entouré de compresses. Une incision partant de la petite à la grande courbure, fit apparaître une masse de cheveux que l'on énucléa assez

facilement. On referma par deux rangs de sutures, l'une comprenant toutes les tuniques de l'estomac, l'autre le péritoine. L'abdomen fut à son tour suturé.

Deux ou trois jours après l'opération, la malade présentait une sérieuse crise de gastrite qui durait plusieurs jours. Le 5 novembre on constatait une amélioration et quelques jours plus tard la complète guérison.

La tumeur était constituée par des cheveux noirs, dégageait une odeur repoussante et son prolongement duodénal était imprégné de bile. Elle pesait 760 gr., mesurait 17 cent. 5 de long, 7 cent. 5 de large et 5 centimètres d'épaisseur. (The Lancet, Juin 1909).

OBSERVATION VII

Mme E. P..., âgée de 34 ans, jouissait d'une parfaite santé jusqu'à il y a 6 mois avant son admission à l'hôpital. Puis, elle présenta de l'œdème des membres inférieurs et du ventre qui augmentait en même temps de volume. Elle se plaignait de dyspnée d'effort et de palpitations. Quelques années auparavant, la digestion était pénible, et maintenant se manifestait sous forme de violentes coliques et de vomissements après les repas, accompagnées parfois d'hématémèses. Les membres supérieurs s'œdématisèrent à leur tour et le sommeil devint de plus en plus rare. La menstruation d'abord irrégulière et peu abondante disparut pendant huit mois. Depuis la malade avait de l'oligurie et de la dysurie. Elle ne présentait aucun symptôme d'occlusion intestinale, mais avait plutôt une tendance à la diarrhée. Elle était mère de trois enfants bien portants, dont la plus jeune était âgée de sept ans et demi.

Les antécédents familiaux étaient sans intérêt et cette

femme n'avait jamais manifesté aucun signe d'aliénation mentale.

La malade fut admise dans un service de gynécologie et examinée par le Docteur T. C... qui diagnostiqua une forme anormale de grossesse. Il la fit passer dans un service de médecine avec cette remarque « que la tumeur était de nature irrégulière et qu'elle ne le concernait pas ».

A l'inspection, cette femme était quelque peu jaune et présentait de l'œdème de tous les membres. La langue était saburrale, la dentition très défectueuse. L'haleine n'était pas fétide. Les battements du cœur étaient normaux.

Malgré l'énorme distension de l'abdomen, on sentait une masse volumineuse occupant l'hypocondre gauche, descendant au-dessous de l'ombilic et remontant à droite sous le rebord costal. Cette masse avait la forme d'un croissant avec, à sa partie supérieure une profonde encoche. On délimitait facilement ses contours. Sa surface était dure, régulière et indolente. On la déplaçait en tous sens. La situation et la matité de la rate étaient normales. L'urine dont la densité était 1,020, avait une coloration rouge foncé.

On avait posé un diagnostic quelconque pour permettre une admission immédiate à l'hôpital. Ce diagnostic provisoire était celui de splénomégalie en raison de la dépression perçue au niveau du bord supérieur de la tumeur et de l'anémie que présentait la malade. Celle-ci, de nouveau, fut admise dans un service de chirurgie. Le Docteur C. G..., chirurgien, pensa lui aussi, à une grossesse et ajouta « qu'on obtenait un ballonnement externe, et qu'on sentait à travers la paroi abdo-

minale, dès parties dures, solides, arrondies, parfaitement libres comme si elles se trouvaient dans un contenu liquide mais on ne percevait pas de bruits fœtaux ni de parties fœtales ».

Ce cas souleva un grand intérêt et chacun voulut donner son avis. Le Docteur G... crut qu'il s'agissait d'un néoplasme de l'estomac.

Radioscopie. — On fit un examen radioscopique pour connaître la nature exacte de cette tumeur qu'on attribuait au premier abord à l'existence d'un fœtus.

Les résultats de cet examen furent les suivants : « Il n'y pas d'ombre bien définie. On ne constate pas de fœtus dans l'utérus ».

Le Docteur D... ajoute que si l'on avait demandé le Docteur O. R... pour faire cet examen, le diagnostic de la nature de cette tumeur aurait été établi d'une façon certaine.

Intervention. — L'état général continue à se maintenir pendant quatorze jours avant l'opération, mais les vomissements d'abord faibles devinrent de plus en plus fréquents, surtout dans la soirée. La constipation était très rare; il y avait de l'oligurie et l'urine présentait un excès de pigment et de nausées.

Le Docteur G... pratiqua une laparotomie médiane longue de 5 centimètres. L'estomac était dilaté par une masse de cheveux de consistance ferme et qui constituait un moule exact des contours de l'estomac et du pylore. Les autres organes étaient sains.

Le poids de la tumeur atteignait 700 grammes. La longueur de la petite courbure était de 12 centimètres, celle de la grande 21 centimètres.

Les cheveux superficiels mesuraient 15 centimètres de longueur, étaient de couleur noirâtres et semblables à ceux de la malade. La tumeur était recouverte d'un mucus épais, gluant et fétide, mélangé à des flocons de matières sébacées ou graisseuses. Les parois de l'estomac étaient hypertrophiées et sa muqueuse présentait par endroits des lésions de gastrite avec une épithélium dénudé d'aspect brillant analogue à celui que l'on rencontre dans la leucoplasie. L'examen aux rayons X ne révéla l'existence d'aucun corps étranger au centre de la tumeur.

La malade supporta bien l'anesthésie et l'opération, mais tomba une heure plus tard dans le collapsus. Elle mourut malgré tous les stimulants employés. (The Lancet 1921. Page 731).

HISTORIQUE

Historique. — L'œgagrophile ou égagropile (du grec aigagros) chèvre sauvage et pilos, laine foulée est une concrétion qui se trouve quelquefois dans les voies digestives des ruminants. Elle est formée de poils que l'animal a avalés en se léchant et que les mouvements de l'estomac ont réunis en boule.

On désigne encore ces tumeurs pileuses sous le nom de trichobézoards. Le terme bézoard est probablement d'origine arabe ; il dérive du mot « badzehr, bēzahar ou bēzahard », antidote, contre-poison. C'est un calcul, une concrétion pierreuse qui se forme dans l'estomac ou les glandes de certains animaux, et à laquelle on attribuait autrefois de grandes vertus. Lorsqu'en effet, les médicaments de la médecine arabe commencèrent au moyen âge à pénétrer en Europe avec les idées superstitieuses de l'Orient, les bézoards (qu'on a fait

dériver aussi de bad ou bed, remède et zéber, venin, poison), furent considérés un instant avec vénération comme doués de propriétés merveilleuses ; ils chassaient les venins de serpent, neutralisaient les poisons, guérissaient le choléra, la lèpre, l'épilepsie, la dysenterie, etc., et pouvaient même rendre la vie.. Ces croyances sont aujourd'hui, heureusement tombées dans l'oubli. Formés de concrétions calcaires de volume variable, constitués par des couches concentriques, les bézoards étaient divisés en orientaux et en occidentaux. L'oriental provenait de la dernière poche stomacale de la chèvre égagre. Sa base était constituée par une substance dite bézoardine. Le plus recherché était une concrétion biliaire extraite du porc-épic. Le bézoard occidental ellagique ou fauve, beaucoup moins estimé, provenait du chamois d'Europe ou de l'isard du porc. On le nommait aussi Pierre de Malcuca. Portés en amulettes, ils étaient souvent administrés, également à l'intérieur contre la peste et la petite vérole notamment.

Les alchimistes donnèrent par extension le nom de bézoard à diverses préparations artificielles ou formations naturelles, réputées comme ayant des propriétés antivenimeuses et alexipharmarques, c'est-à-dire propre à expulser de l'économie les matières morbides. C'est ainsi qu'ils désignaient sous le nom de bézoard minéral, l'oxyde blanc d'antimoine ; de bézoard animal, la poudre de foie de vipère ; de benzoard factice ou Pierre de Goa, une composition fabriquée à Goa et que l'on vendait comme véritable bézoard ; de bézoard fossile, une concrétion pierreuse qui se forme autour d'un noyau ; de bézoard lunaire, une préparation d'argent et de beurre d'antimoine ; de bézoard martial,

la préparation d'antimoine et limaille de fer avec addition d'un peu de nitre; de bézoard végétal, une concrétion pierreuse de coco; de bézoard d'étain, la combinaison d'étain et de régule d'antimoine; de bézoard de Vénus, une teinture de limaille de cuivre, de beurre d'antimoine et d'esprit de nitre; de bézoard humain, les concrétions urinaires chez l'homme (l'acide bézoardique est l'ancien nom de l'acide urique).

Avenzoar (1) dans l'histoire de la chirurgie de Freind (vol. II, page 106 à 108), a essayé de nous expliquer un curieux mode de formation du bézoard et la raison pour laquelle on lui attribuait une si grande puissance médicatrice.

A propos d'un malade atteint d'ictère qu'on supposait occasionné par un poison, et à qui il ordonna trois livres de grains d'orge provenant d'un bézoard, l'auteur déclare « que le bézoard trouvé dans l'Est est plus efficace. Dans cette région, les bœufs mangent des serpents pour se donner de la vigueur, mais en prenant soin d'éviter leurs morsures. Puis ils se jettent au fleuve, y pénètrent jusqu'à ce que l'eau atteigne le niveau de leur tête; cette habitude est née chez eux d'un instinct naturel.

Ils s'enfoncent plus avant dans l'eau, sans en boire car s'ils en buvaient, ils mourraient immédiatement), jusqu'à ce que leurs yeux se mettent à ruisseler. Cette liqueur qui suinte de leurs paupières, s'épaissit et se

(1) Avenzoar, médecin arabe, né en 1073, près de Séville. Il était né d'une famille de médecins illustres. Son principal ouvrage désigné sous le titre de *Teisir* ou *Theisir* (1490) en trois livres, contient des observations curieuses.

coagule, atteignant les dimensions d'une châtaigne ou d'une noisette.

A ce moment, ils sortent du fleuve et rentrent dans leur repaire habituel. Cette substance augmente peu à peu de volume, devient dure comme de la pierre et finit par tomber sur le sol grâce aux fréquents clignements de leurs paupières. C'est ainsi que se constitue le plus réputé des bézoards. Cette version, nous a déjà été donnée par d'autres auteurs arabes qui ont voyagé en Perse et en Chine, pays où on le rencontre très fréquemment. L'auteur du livre traitant des Simples, attribué à Sérapion, suppose à tort que ces formations se trouvent dans certaines mines et démontre combien elles étaient recherchées. Un riche palais arabe aurait été donné en échange d'une de ces Pierres ». Nombreux sont les auteurs modernes qui n'admettent pas le Bézoard d'Avenzoar, car d'après les naturalistes les plus autorisés, on rencontre toujours le bézoard dans l'estomac des animaux, en particulier chez l'antilope cervicapre qui vit dans l'Inde.

Les égagropiles ou trichobézoards (trichos, poil), se voient en effet très fréquemment dans les abattoirs en ouvrant l'estomac des animaux tués. Schell rapporte le premier cas où l'on trouva dans l'estomac d'un mort-né un égagropile formé de poils de l'animal.

Ce n'est qu'à partir de 1779, après l'observation de Baudamant, citée dans le *Journal de Médecine*, qu'apparaissent à des dates de plus en plus rapprochées, les cas rencontrés chez l'homme. Encore faut-il remarquer que la question semble avoir beaucoup plus frappé les médecins étrangers que nous. De 1779 à 1813, aucun cas n'est signalé. A cette dernière date nous

trouvons une observation de Memet Hauteville relative à une masse de cheveux découverte à l'autopsie dans l'estomac d'une jeune fille. En 1851, le médecin anglais Polloch rapporte une observation d'un fait analogue, Puis sont publiées successivement une observation en 1855, trois en 1869, une en 1883 (Shoenborn), une autre en 1886 (Thorton), en 1887, en 1891, en 1895 (Paul Swain), en 1899, en 1900, trois en 1901, une en 1902, deux en 1903 (Dandois), égagropile moulée sur l'estomac et le duodénum, enlevée avec succès chez une jeune fille de dix-sept ans (Académie de Médecine de Belgique, 1903), deux en 1904 (Zuber, égagropile chez l'enfant), une en 1905 (cas reconnu par Gaston chez un nourrisson de un an). Dans *The Lancet*, nous relevons une observation en 1906 (The German surgical Congress), une en 1908 (British médical Journal), une en 1910 (The Lancet), une en 1912 (Hütenbach. Un cas de trichobézoard chez une infantile).

A partir de 1912, nous voyons fréquemment publiés avec l'observation clinique, les résultats apportés par les rayons X dans le diagnostic des égagropiles. Cependant déjà en 1909, la première observation de ce genre nous est donnée par Newbold qui déclarait « qu'une radiographie prise après l'ingestion de bismuth montrait l'image d'une tumeur occupant toute la cavité stomacale et s'étendant dans le duodénum ». La seconde fut publiée en juillet 1913 par le Docteur Thurstan Holland il s'agit d'une jeune fille de 29 ans, à qui on retira de l'estomac un trichobézoard formé de trois boules de cheveux s'articulant entre elles, ce qui donnait à l'image radiologique un aspect segmenté. Nous trouvons insérée dans le *Journal d'Electrologie et Radio-*

logie, 1914, une troisième observation du même auteur. Celle-ci est particulièrement intéressante, car c'est un des rares cas où le diagnostic ait été fait radiologiquement. La quatrième nous est fournie par M. le Docteur A. Ram Hottom et A. Barclay, en 1913. Elle concerne une jeune femme de 28 ans qui, depuis vingt années en était porteuse et fut opérée avec succès en juillet 1913. D'autres nous sont rapportées en 1914 par le *British Medical Journal*, en 1913, 1917, par *The Lancet* et A. Broca. Ce dernier nous en fait encore connaître deux en 1920 (deux cas d'obstruction intestinale par une tumeur pileuse, deux en 1921 tumeur pileuse chez une femme de 33 et de 34 ans, avec un examen radiologique). Les trois dernières observations sont de dates plus récentes : l'une de janvier 1924 nous est donnée par le Docteur G. de Saint-Brieuc, l'autre de juillet même année nous est personnelle ; ici l'évagropile s'accompagnait d'une seconde tumeur siégeant dans l'iléon, particularité que nous n'avons relevée que deux fois dans les archives médico-chirurgicales. Enfin, le Docteur Paul Mathieu présente à la Société de Pédiatrie de Paris (séance du 20 janvier 1925), une tumeur pileuse extraite de l'estomac d'une fillette âgée de 11 ans et demi par une gastrotomie.

On voit donc que les observations de trichobézoards sont exceptionnelles chez l'homme et que les premiers diagnostics radiologiques publiés apparaissent relativement tard. Actuellement, on connaît 111 cas, la plupart rapportés par Buttaworth, Ledia-Héaylit, Maters, Butterworth, Moore en Amérique, par Thustan Holland, Barclay et Ram Hottom en Angleterre, par Clairmont, Handeck, Hütenbach et Hausmann en Allemagne.

•

Il est probable que dans la pratique chirurgicale, il en existe d'autres dont il n'a pas été fait mention.

Le plus souvent, ces cas n'ont été diagnostiqués qu'après gastrotomie ou même n'ont été découverts que post mortem. On peut supposer que le clinicien trouvera dans la radiologie un aide précieux qui lui permettra de révéler l'existence de ces tumeurs et de recourir à temps à la thérapeutique chirurgicale.

Etiologie. — Les tumeurs pileuses s'observent à tout âge, mais surtout dans la puberté, plutôt chez les dégénérés.

L'habitude de manger des cheveux débute souvent dans la première enfance et même quelquefois dans le premier âge (cas de Gaston). Il est fréquent de rencontrer dans les deux sexes des enfants qui ont la mauvaise habitude de sucer leur pouce, de ronger leurs ongles ou des écoliers qui s'amuse à mâchonner leur porte-plume, leur crayon ou mangent de la craie, du caoutchouc. De même il s'agit ici de fillettes mordillant par manie ou par tic le bout de leurs sucettes, ou s'arrachant les cheveux les portent par un geste machinal à leur bouche et les avalent. L'anémie, une nourriture insuffisante ou mal appropriée peut quelquefois être rendue responsable de certaines perversions de l'appétit. L'habitude de manger de la craie est quelquefois intentionnelle, quelques jeunes filles croyant se donner ainsi un teint pâle et frais. D'autres fois, ce sont des individus sollicités par un prurit céphalique qui arrachent leurs cheveux. Plus tard ces personnes arrivées à un certain âge, cette habitude disparaît, mais elles continuent à éprouver le besoin d'avalier des poils de brebis ou des ficelles comme la malade du Docteur Hütenbach.

Ces cas pathologiques s'observent surtout dans le sexe féminin. Sur le nombre d'observations que Feit a rapportées, nous ne trouvons que trois malades du sexe masculin. Dans les nôtres, nous ne relevons pas un seul cas de ce genre. On peut donc admettre qu'il est plutôt dans l'instinct des femmes de porter à la bouche leurs cheveux, dont la longueur permet de mâchonner les extrémités.

Quant à l'âge de ces malades, nous voyons que nous parcourons toute l'échelle depuis l'enfant de un an du Docteur Gaston jusqu'à la femme de 60 ans dont parle le Docteur Schultz. Notons cependant que le maximum de fréquence varie entre 16 et 30 ans.

A part les rares cas rapportés par O'Harce et le Docteur Thurstan où les jeunes filles l'une de 22 ans, l'autre de 28 ans, avalèrent toute leur chevelure dans des accès de délire, survenus au cours d'une grippe et d'une fièvre scarlatine, tous les autres malades obéissent plus ou moins à des passions morbides dont ils se rendent parfaitement compte, mais que la grande majorité n'avoue qu'après un interrogatoire des plus serrés.

Une petit nombre de cas seulement se rencontrent chez des aliénés. Dans les 33 cas rassemblés dans la thèse de Feit nous trouvons une épileptique, une imbécile et une hystérique ; les autres ne présentaient pas de tares nerveuses bien caractérisées ; il est de même dans les observations que nous citons. La jeune fille qui fait l'objet de notre cas personnel était une parfaite élève et d'une intelligence au-dessus de la moyenne.

Les cheveux sont le plus souvent arrachés en petite quantité après avoir été enroulés sur eux-mêmes avec l'extrémité de la langue ou arrachés avec les doigts.

L'état anémique expliquerait le peu de résistance des cheveux à la traction. La déglutition serait impossible si les cheveux n'étaient d'abord avalés ou mâchés en petites pelottes. Arrivées dans l'estomac celles-ci sont retenues par les replis de la muqueuse stomacale, ce qui empêche leur expulsion par le tube digestif. Les cheveux sont peu à peu brassés par les mouvements de l'estomac et finissent par former un moule parfait de sa cavité avec parfois un prolongement pénétrant à travers le pylore dans le duodénum et même dans le jéjunum. Le prolongement œsophagien est beaucoup moins fréquent (cas de Thornton).

Anatomie pathologique. - Chez les ruminants, les trichobézoards sont des pelottes de poils enchevêtrés, feutrés par les mouvements de brassage de l'estomac. Ils ne forment masse qu'après un long séjour dans la cavité gastrique. Les uns ne sont pas toujours constitués uniquement par les poils de l'animal ; parfois, des plantes ou des fibres végétales agglutinées par du mucus digestif entrent dans la formation de ces tumeurs. Pour cette raison on leur réserve le nom de Phytobézoards. Le plus souvent ceux-ci sont de petites dimensions. Les autres « sont enveloppées d'une croute protectrice généralement vernissée et atteignant parfois trois ou quatre millimètres d'épaisseur. Ces égagropiles sont volumineux et ne se rencontrent que chez le bœuf ». D'autres enfin « sont constitués par un noyau central dur, autour duquel viennent s'agglomérer et s'enchevêtrer avec ordre les poils de l'animal ».

Cette constitution, comme on le voit, rappelle tout à fait celle des calculs du rein ou de la vessie.

Chez l'homme, nous retrouvons l'une ou l'autre variété

de ces tumeurs quant à leur constitution. Baudamant et Memet d'Hauteville ont trouvé une amorce à ce pelotonnement capillaire : un noyau de cerise et une pelure de châtaigne servaient de « centre de cristallisation » à ces corps étrangers.

Chez les aliénés, ceux-ci se composent habituellement d'un mélange de cheveux et d'objets divers tels que petits clous, morceaux d'étoffes ou de bois. Parfois, le noyau de ces tumeurs est constitué par des aiguilles contenant dans leur chas un bout de laine (Egagropile calculeux). D'autre part, Bollinger a trouvé à l'autopsie une tumeur « recouverte d'un enduit gris foncé, presque solide ». (Egagropile encroûté).

Toutes les autres tumeurs rentraient dans le groupe des égagropiles simples, ceux-ci n'étant formés exclusivement que par des cheveux agglomérés par des débris alimentaires ou par un mélange de cheveux, de fibres végétales, de laine ou de coton, de fils ou de ficelles.

Une seule tumeur pileuse se voit le plus souvent, mais il existe des cas où l'on rencontre deux ou trois masses de cheveux (Thurstan Holland), étroitement superposés et réunis par des surfaces planes. De petites tumeurs peuvent aussi être trouvées dans l'iléon déterminant des phénomènes d'occlusion (cas personnel).

La forme de ces tumeurs est presque toujours la même ; elle donne d'une façon presque absolue le moule de l'organe qui les contenait, estomac, duodénum ou iléon. Il y a même un cas où la tumeur offrait un moule exact de l'estomac et de l'œsophage et ressemblait à un petit cygne noir. (Best. The British Medical Journal). La malade de Crawford rendit par le rec-

tum une tumeur ayant la forme de cet organe (The Lancet).

Notre égagropile présentait exactement la forme de l'estomac, c'est-à-dire celle d'un J majuscule avec une extrémité en forme de bec engagée dans le duodénum. Quant à la tumeur intestinale, elle était le moule de la dernière portion de l'iléon avec un mince prolongement à travers la valvule iléo-coccale remontant vraisemblablement dans le colon ascendant.

Ces tumeurs sont de taille variable ; leurs dimensions sont parfois restreintes, atteignant le volume d'un œuf de poule, d'un œuf d'oie ; peut-être en ce cas passent-elles inaperçues ou sont-elles évacuées spontanément par la malade.

Plus souvent, ce sont des masses considérables ayant la grosseur du poing, d'une noix de coco.

Notre tumeur avait 23 centimètres de long, 12 centimètres de large et 25 centimètres de circonférence. Il semble qu'il y ait une certaine corrélation entre l'âge de la malade, le temps mis par la tumeur pour se constituer et sa grosseur.

Le poids de ces tumeurs varie naturellement avec le volume. Il est bien évident qu'il sera plus considérable immédiatement après l'extraction de l'estomac qu'au bout de plusieurs semaines, alors que la tumeur ne sera plus imprégnée des liquides gastriques. La tumeur de Shulter pesait 120 grammes, celle de O. Hara 1 kg, de Hütenbach, 1 kg. 770, de Russel, 2 kg. 250, de Mathieu 350 grammes et la notre 985 grammes.

L'égagropile est généralement noirâtre à la périphérie, gluante, fétide, dégageant presque toujours une odeur aigrelette. Vers le centre on retrouve les cheveux

avec leur couleur naturelle; celle-ci réapparaît également au fur et à mesure que la tumeur se dessèche.

L'examen de la chevelure dans quelques cas de tumeurs pileuses a permis d'établir le sens des mouvements gastriques. Ceux-ci sont réguliers et ont une direction toujours identique pour une même région de l'estomac. Au niveau du cardia l'anatomie pathologique démontre l'existence de mouvements plus ou moins verticaux tandis qu'au niveau du pylore les mouvements conservent leurs caractères propres. Le prolongement duodénal étant presque un moule exact de l'antrum pylorique, indique que l'on trouve là des mouvements aussi bien longitudinaux que transversaux. On peut donc penser que dans l'acte de la digestion les mouvements de l'estomac ont un caractère plus complexe qu'on ne le suppose habituellement.

L'estomac s'allonge beaucoup plus qu'il ne se dilate et ainsi la tumeur augmente plus rapidement en longueur qu'en largeur. On observe une hypertrophie de ses parois, quelquefois des lésions de gastrite, et même dans plusieurs cas une ou plusieurs ulcérations ou perforations. Dans les cas de Best et de Scheen on a trouvé des papillomes de la muqueuse.

Tant que la tumeur ne remplit pas complètement l'estomac, la digestion s'accomplit dans des conditions satisfaisantes. Dans l'observation IV, à part quelques rares crises de dyspepsie, les troubles digestifs sérieux n'ont apparu que six mois avant l'opération alors qu'une énorme masse de cheveux occupait presque entièrement la cavité gastrique. Il est probable que cette tumeur d'une grande dureté et de texture très serrée n'absorbait qu'une faible quantité des aliments

ingérés. Le peristaltisme qui s'exerçait sur la tumeur déterminant peu à peu leur progression du cardia vers le pylore. Quand il y a un prolongement duodénal important, les phénomènes d'obstruction n'apparaissent vraisemblablement que lorsque la tumeur subit un déplacement dans l'estomac. Autrement, elle provoquerait beaucoup plus tôt de graves symptômes. A la dernière période, lorsque la tumeur a été moulée par les parois stomacales, les aliments passent plus facilement le long de la grande courbure. L'examen radioscopique après ingestion d'un lait opaque a permis de faire cette constatation. Quoiqu'il en soit, la digestion gastrique reste très imparfaite, et même on peut supposer que le travail digestif s'accomplit presque entièrement au delà de l'estomac. Ainsi, s'expliquerait la lente apparition des phénomènes de dénutrition et la tolérance de l'organisme pour ces corps étrangers.

SYMPTOMATOLOGIE

I. *Symptômes cliniques.*

Les symptômes sont variables selon le volume atteint par les tumeurs pileuses ; petites elles sont expulsées par l'intestin ; elles se présentent parfois sous la forme d'une masse arrondie constituée par des cheveux, un bout de ficelle ou des débris de coton. En pareil cas, elles ne déterminent que des troubles légers, un peu de diarrhée sanguinolente quelquefois. De grande taille, l'organisme montre souvent pendant très longtemps une tolérance remarquable. Il arrive cependant un moment où elles provoquent des vomissements.

Ceux-ci n'ont aucun caractère bien défini.

Leur début remonte toujours à plusieurs mois ou plusieurs années si bien que le malade traîne depuis longtemps et finit par avoir des vomissements incessants qui l'obligent à venir consulter un médecin. La nature des aliments ingérés peut quelquefois déterminer le vomissement. La nourriture chaude (W. Gull), la viande (Docteur Thurstan Holland), des mets sucrés ont été parfois rejetés immédiatement après leur absorption, mais le plus souvent, ces vomissements ne sont pas influencés par les aliments. C'est ainsi que dans notre cas personnel, la malade vomissait une fois par jour en moyenne depuis un an sans qu'il y eut de rapport entre ces vomissements et la nourriture ingérée. Ils peuvent

d'ailleurs disparaître un certain temps pour reparaitre par la suite avec plus de violence. Il en est de même du reste pour tous les autres symptômes.

Les phénomènes douloureux se traduisent de différentes manières : « Ce sont tantôt de simples malaises (Berg), des oppressions d'origine cardiaque (Srhreiber), tantôt de véritables crises douloureuses, survenant à la suite de la moindre fatigue, et allant en s'exaspérant, puis cessant par le repos » comme chez notre malade. Notons que la douleur est quelquefois absente. Cobbold et Bruce rapportent le cas de deux malades qui n'ont jamais éprouvé la moindre souffrance.

Les autres manifestations, celles-là plus tardives, sont l'anorexie, des troubles gastriques, de la pesanteur à l'estomac, des alternatives de diarrhée et de constipation, une cachexie souvent rapide ; l'haleine devient fétide. Chez la malade de Russel, on a signalé la présence d'hématimèses. Dans les diverses observations qui précèdent nous retrouvons à chaque fois ces différents signes.

Quant aux symptômes physiques, ce sont presque toujours les mêmes. L'abdomen est déformé ; la tumeur forme une voussure épigastrique, médiane ou transversale s'étendant d'un hypocondre à l'autre ; sa caractéristique est d'être extrêmement mobile et de suivre les mouvements respiratoires. Elle peut occuper une situation plus basse due à une gastropiose ; le pylore se trouve alors descendu dans le bassin (cas de Russel). Dans l'observation IV, la tumeur occupait la région lombaire droite, mais à l'opération elle siégeait dans la région lombaire gauche.

Par le palper, on constate encore mieux cette extrême mobilité. Dans un cas on pouvait la faire osciller d'un côté à l'autre de l'abdomen comme si elle avait été suspendue à un point fixe situé derrière le rebord costal. Cette tumeur est le plus souvent d'une dureté pierreuse régulière, douloureuse à la pression, parfois indolente. Les contours sont minces, faciles à délimiter dans la plupart des cas. La forme est variable : généralement elle est arrondie ou ovale, allongée ou incurvée ; presque toujours elle affecte la forme d'un J majuscule. Quelquefois on a une sensation de crépitation (cas de Harvie et de Moore), donnant sous les doigts l'impression d'un froissement neigeux « comme si un morceau d'intestin était étalé sur une tumeur solide ».

La percussion révèle une matité sans qu'il existe de la sonorité entre la tumeur et les organes voisins.

En présence d'une malade atteinte depuis plusieurs mois ou semaines de vomissements, de diarrhée ou de constipation, de douleur et qui présente en outre dans l'abdomen une tumeur dure, mobile, mate, il y a lieu de penser, nous aidant des commémoratifs et surtout, comme nous le verrons dans un instant, du contrôle radiologique, à une tumeur pileuse que l'intervention chirurgicale seule peut faire disparaître.

Symptômes radiologiques.

Tous ces signes sont nets et parmi ceux que nous trouvons au cours de la lecture des observations précédentes, on peut noter qu'à part quelques cas variables avec chaque malade, nous en rencontrons d'autres qui se répètent d'une façon constante.

1° Avant le repas baryté on peut distinguer la forme générale de la tumeur sur l'écran; on la différencie du foie ou des organes voisins grâce à l'anse colique presque toujours distendue par les gaz en pareil cas. Mais quand cette distension n'existe pas, il est impossible de l'observer, car elle présente la même opacité aux rayons X que celle des organes voisins.

2° Dans la position debout, les premières gorgées, après avoir franchi le cardia, suivent généralement la petite courbure dans son premier tiers, restent suspendues à la partie supérieure de l'estomac s'étalant pour former une coiffe au pôle supérieur de la masse qui se trouve à l'intérieur de l'organe puis se dirigent vers la grande courbure.

3° Au fur et à mesure que la bouillie est ingérée, les contours gastriques se dessinent peu à peu, la couche opaque se glissant entre les parois de l'estomac et le corps étranger qu'il contient. Ceci démontre que la masse n'est ni en dehors, ni en arrière, ni en avant de l'estomac. Dans certains cas (Thurstan et Ram Hottom) le liquide contourne entièrement le prolongement de la tumeur dans le duodénum dont on a ainsi une forme plus ou moins parfaite.

4° L'ombre constituée par le lait opaque dessine presque exactement la forme d'un J majuscule, forme qu'attribuent généralement les radiologistes à l'estomac normal. Ici, il est considérablement agrandi et abaissé. Dans certains cas, le fond atteint le niveau des crêtes iliaques.

5° Lorsque le trichobézoard est constitué par plusieurs boules de cheveux s'articulant entre elles, l'image radiologique donne un aspect segmenté dû à

l'interposition de baryum ou de bismuth entre chacune (Thurstan Holland).

6° Malgré les fréquents mouvements de contractions stomacales, on remarque souvent un retard à l'évacuation de la bouillie, en raison de l'étroitesse bulbaire.

7° Enfin si, comme le conseille Thurstan Holland, on pratique la « radiopalpation » qui consiste à palper légèrement la région épigastrique pendant que le malade accomplit un mouvement de rotation, on voit de suite que la tumeur déplace le baryum qui la contourne, déterminant ainsi l'apparition d'espaces clairs. En pareil cas, il ne peut y avoir de doute : cette tumeur siège certainement dans l'estomac.

Par la palpation profonde on démontre que cette tumeur est parfaitement libre à l'intérieur de l'organe. Son extrémité supérieure s'élève au-dessus du niveau de la bouillie, sous l'aspect d'un dôme opaque qui se détache au milieu de l'espace clair environnant. On peut augmenter ce contraste en distendant la cavité stomacale par du gaz carbonique. Enfin on arrive par ce moyen à apprécier non seulement la nature et la forme de la tumeur, mais encore ses dimensions.

DIAGNOSTIC

Diagnostic clinique.

Le diagnostic de ces tumeurs pileuses est toujours difficile et faut-il voir sans doute dans cette difficulté la rareté des cas publiés.

Parfois l'on ignore tout de l'histoire de la malade ou l'on ne songe pas à rapporter à une détestable manie,

vieille de plusieurs années, les accidents pour lesquels elle vient consulter. Du reste même quand on soupçonne un cas de tumeur pileuse, il est rare d'obtenir un aveu de la part de la malade, l'habitude de manger des cheveux ayant été souvent contractée inconsciemment. On met alors le syndrome constaté sur le compte d'affections les plus diverses. Schultz diagnostiqua un rétrécissement cicatriciel de l'intestin, Thurstan une obstruction du colon, Swain une tumeur de l'épiploon ou une hypertrophie de la rate, Best une tumeur squirreuse de l'estomac. Parmi les autres erreurs les plus fréquentes, nous citerons les kystes du pancréas, le rein mobile, la grossesse, le sarcome rétroperitonéal, l'adénopathie tuberculeuse, la péritonite tuberculeuse enkystée, l'ulcère, les cancers de l'estomac et du colon.

« Il est bien difficile de différencier un rein flottant d'une tumeur pileuse; dans les deux cas on trouvera une tumeur mobile, dure, plus ou moins douloureuse à la pression, des troubles gastriques à peu près analogues. Cependant dans le cas de la tumeur pileuse, on n'observe pas les crises douloureuses intermittentes, si fréquentes dans le rein mobile, et qui peuvent faire croire à une crise de coliques hépatiques; d'ailleurs il convient de remarquer que le rein mobile est plus fréquent à droite, tandis que la tumeur pileuse siège généralement à gauche. Enfin il ne faudra pas négliger de tenir compte des renseignements fournis par la malade elle-même (si elle veut bien en donner) ou par son entourage.

Une tumeur de la rate ou une hypertrophie de cet organe ne présente pas la grande mobilité de la tumeur pileuse; de plus, un carcinome est généralement secon-

daire, aussi bien qu'une hypertrophie splénique; l'une et l'autre sont dues soit à une propagation de tumeurs du rein, du foie, soit à une cirrhose du foie, à une obstruction de la veine porte, etc. Là encore les commémoratifs sont d'un grand secours.

Dans le cancer de l'estomac, on trouve également des vomissements muqueux ou alimentaires, des hémati-mèses, d'ailleurs rares de la constipation ou de la diarrhée, du méloena. La tumeur cependant n'est pas toujours perceptible, elle n'est pas très mobile : on constate à la percussion un tympanisme stomacal très accentué. Enfin se rappeler que le cancer de l'estomac est surtout l'apanage du sexe masculin. Au surplus l'adénopathie sus-claviculaire et une analyse chimique faite après le repas, d'Ewald et Boas permettront assez facilement de différencier une tumeur pileuse d'un cancer de l'estomac.

La présence d'hématurie, la division endo-vésicale de l'urine avec l'appareil de Cathelin feront tout de suite songer à un cancer du rein ».

Nous voyons donc que des diagnostics de toutes sortes ont été faits, sauf deux ou trois fois. Car, ayant présent à la mémoire un cas déjà rencontré ou rapporté, et comparant les symptômes donnés avec ceux éprouvés par la malade, certains n'ont pas hésité à poser le diagnostic de tumeur pileuse de l'estomac, que la radioscopie et l'opération confirmèrent. C'est ainsi que Stelzner en Allemagne, plus récemment Thurstan Holland et nous même, firent un diagnostic exact.

Il est à supposer que bien souvent comme Bandamant et Memel d'Hauteville, l'on se contente d'affirmer la présence d'une tumeur sans se préoccuper davantage

de sa nature ou de son origine et de pratiquer (malheureusement pas toujours) une laparotomie exploratrice. De telles incertitudes sont vraiment regrettables, car elles peuvent mettre obstacle à l'intervention chirurgicale et entraîner les pires conséquences pour la malade. Il est bien évident que le pronostic sera différent selon que le chirurgien posera le diagnostic de tumeur maligne de l'estomac ou d'un organe voisin, ou celui d'éga-gropile. La guérison spontanée par évacuation dans un vomissement ou dans les selles est en effet exceptionnelle. Dans une statistique, 21 cas non traités ont abouti à la mort par cachéxie, perforation, ulcération ou occlusion. En revanche, le traitement chirurgical a donné des résultats parfaits : 27 guérisons sur 27 opérations. Une autre donne les chiffres suivants, 16 malades opérés ; 16 guérisons ; 17 malades non opérés : 15 décès, 3 guérisons.

Diagnostic radiologique.

Nous pensons que ces erreurs ou ces hésitations deviendraient de plus en plus rares si pour assurer notre diagnostic on s'aidait toujours dans toutes les affections abdominales mal déterminées, c'est-à-dire à symptomatologie obscure, d'un de nos grands moyens actuels d'investigation : la radiologie stomacale.

Les auteurs anciens préconisaient la gastro-diaphanie et la gastroscopie. La première fut pratiquée par Einhorn « au moyen d'une sorte de sonde de Nélaton terminée par une ampoule électrique, le tout relié à une batterie. L'estomac apparaît alors à travers les parois abdominales.

S'il y a une tumeur ou un épaissement de la paroi

antérieure de l'estomac, les rayons la traversent moins facilement ou même peuvent être arrêtés. La gastroscopie employée par Michuliz était basée sur le même principe ».

Aujourd'hui, nous préférons tout naturellement avoir recours à la radioscopie et radiographie, méthodes plus rapides, plus pratiques et plus sûres. On sait quel rôle indispensable occupe la radiologie dans la constatation directe des corps étrangers déglutis qui ne peuvent s'accroître après ingestion tels que arrêtes, fragments d'os, noyaux de fruits, débris de porcelaine, pièces de monnaie, épingles, etc. Mais s'il est facile de constater sous l'écran la nature et le siège exact de ces corps étrangers dont la plupart sont opaques, le diagnostic des tumeurs pileuses semble de prime abord très délicat puisque nous avons affaire à une masse transparente ou ne donnant qu'une ombre diffuse. Néanmoins l'ensemble des signes radiologiques, presque toujours les mêmes, que nous venons d'énoncer, nous permet de préciser directement les renseignements fournis par la clinique. Alors que les hypothèses les plus diverses ont été émises au sujet du diagnostic de ces tumeurs par les auteurs anciens qui n'ont pas eu recours au contrôle radiologique, nous remarquons dans nos observations où l'examen sous écran à toujours été pratiqué, qu'aucune hésitation ne se rencontre quant à leur origine où à leur localisation.

Le diagnostic radiologique de ces tumeurs est à faire avec les autres lésions déformantes de l'estomac, c'est-à-dire avec l'ulcus, le cancer, la sténose pylorique, la sténose mérogastrique, les adhérences périgastriques, la syphilis gastrique et les compressions par les organes voisins.

Ulcus gastrique. — Dans une de nos observations, nous notons qu'un médecin pensa à un ulcus de la région pylorique en raison de la fréquence des ondes péristaltiques observées à ce niveau et de l'étroitesse du bulbe duodénal. Pour établir un diagnostic différentiel, nous avons envisagé l'ulcus récent, l'ulcus permanent du pylore ou de son voisinage, et l'ulcus avec biloculation dont les signes radiologiques diffèrent un peu avec chacune de ses variétés.

Dans l'ulcus récent qui ne donne pas lieu à des déformations persistantes, on constate un spasme, une augmentation de l'intensité des ondes péristaltiques et un retard à l'évacuation du contenu stomacal comme dans le cas de tumeur pileuse. Mais ici on n'observe pas les crises intermittentes de spasmes du pylore, ni l'hyper-sécrétion, ni une tendance aussi accentuée à la rétention du contenu de l'estomac. Cette hypersécrétion s'appréciera facilement par le procédé du bismuth cyclo-podé ou l'étude du chimisme gastrique. D'autre part, la palpation sous l'écran permettra souvent de localiser exactement la douleur au siège de l'ulcus. La tumeur pileuse présente, jointe à une dureté spéciale, une douleur diffuse, parfois même celle-ci est absente.

L'ulcus permanent s'accompagne d'une dilatation de l'estomac, provoque de violentes contractions péristaltiques, débutant presque toujours au niveau d'une encoche de forme souvent variable. Il y a une stase importante et on peut retrouver le bismuth dans l'estomac pendant plusieurs jours de suite. Ces divers symptômes se rencontrent presque toujours dans le cas d'égagropile, mais à un degré moindre, sauf en ce qui concerne la dilatation de la poche stomacale. D'ail-

leurs la sténose ulcéreuse atrophie parfois cette cavité ; l'estomac est petit et se vide avec une rapidité excessive. Il s'agit alors d'une sténose pylorique incomplète plus que compensée par l'exagération des contractions et très souvent en pareil cas on se trouve en présence d'un ulcus duodénal vrai. Enfin on se rappellera que l'ulcus donne cette image particulière et caractéristique à laquelle on a donné le nom de signe de la « niche », sur lequel ont surtout insisté les auteurs allemands.

On peut encore penser à l'ulcus avec biloculation lorsque le repas bismuthé, ne pouvant être ingéré qu'en petite quantité en raison des vomissements stagne au-dessus de la tumeur sans pouvoir s'infiltrer entre elle et les parois stomacales. La biloculation par sténosé mésogastrique dessine peu à peu sur l'écran deux images correspondant à des poches que la bouillie opaque remplit successivement. On aperçoit à ce moment deux images en croissants superposés à concavité supérieure séparés par un intervalle clair. Il est impossible de faire refluer le liquide de la poche inférieure dans la poche située au-dessus, et d'effacer le canal intermédiaire en le dilatant, soit en soulevant le fond de l'estomac, soit en faisant coucher le malade.

Bien différente est l'image fournie par la tumeur pileuse, surtout quand elle atteint de grandes dimensions. On observe non plus l'image d'un croissant, mais celle d'un J majuscule dont la concavité beaucoup plus étroite regarde plutôt la ligne médiane. D'autre part, si on soulève la tumeur, on la voit émerger de la couche de bismuth sous l'aspect d'un dôme opaque, signe de son indépendance.

Le malade étant couché, le bismuth s'étale et franchit peu à peu le pylore.

Cancer de l'estomac. — Dans son observation, Ram Hottom déclare que l'aspect de l'image radioscopique « était celui que présente quelquefois les cas de carcinomes avancés intéressant tout le pylore et la petite courbure de l'estomac ». Le lait bismuthé suivant d'abord la petite courbure gagne peu à peu la grande courbure pour s'infiltrer entre la tumeur et les parois de l'organe, on peut songer dans un examen superficiel, à une production néoplasique considérable développée le long de la petite courbure. L'espace clair ainsi délimité semble échancrer l'image constituée par les premières déglutitions du liquide opaque. Cette échancrure prend un aspect segmenté lorsque la tumeur comprend plusieurs masses de cheveux.

Dans le cancer, quand il existe une infiltration de la région prépylorique on peut voir un effacement total du pylore d'où existence d'une encoche. Les ondes péristaltiques s'arrêtent alors à ce niveau, le sel de bismuth n'arrivant pas à franchir le bulbe duodénal. Dans le cas de tumeur pileuse, cette stase n'est jamais aussi permanente. En outre, le cancer s'accompagne d'une rétraction plus ou moins étendue de la paroi stomacale avec insuffisance du cardia, voir même dilatation de l'œsophage. L'estomac est diminué de volume (micro-gastrie cancéreuse), prend souvent une position oblique et remonte sous le foie comme lorsqu'il contient un éga-gropile, mais dans ce dernier cas, il est sensiblement dilaté et la palpation révèle une tumeur volumineuse, dure, mobile, déplaçant le bismuth, caractère que l'on ne retrouve pas dans la tumeur maligne.

cant le bismuth, caractère que l'on ne retrouve pas dans la tumeur maligne.

Syphilis gastrique. — La syphilis gastrique n'a pas de signes bien nets; ils se confondent avec ceux de l'ulcus et du cancer. Cependant la déformation en baïonnette ou en cornemuse coudée » que lui attribuent certains auteurs peut difficilement prêter erreur avec la déformation d'un J de l'estomac. Dans la tumeur pileuse, les limites inférieures de l'organe descendent beaucoup plus bas au-dessous de l'ombilic. Enfin le palper et surtout le traitement spécifique faciliteront le diagnostic.

Dilatation et ptose de l'estomac. — L'abaissement considérable de l'estomac peut encore faire penser à la dilatation ou à la ptose gastrique.

Dans l'atonie la potion de bismuth remplit l'organe à la façon d'un sac à parois flasques. Le liquide s'accumule en nappe dans sa partie inférieure, la plus distendue, puis le niveau s'élève en proportion de la quantité ingérée.

En même temps, les parois étirées par le poids du bismuth s'accolent par leur partie médiane. La lacune gazeuse située au-dessus que présente l'estomac normal sous la forme d'une demi-sphère s'allonge considérablement. Cette pseudo-bilocation disparaît en soulevant le pôle inférieur de l'estomac avec la main pour faire remonter la bouillie bismuthée à la région médiane. Enfin, la sensibilité de l'organe est très augmentée.

Dans la dilatation due à une tumeur pileuse, la sémiologie est toute différente. Il y a bien un allongement notable de l'estomac, mais le repas de bismuth

au lieu de gagner de suite le bas fond, reste « suspendu » pendant quelques instants à la partie supérieure de l'estomac, puis se glisse entre les parois et le corps étranger. De plus ces parois quand la tumeur est volumineuse n'ont aucune tendance à se rapprocher dans leur partie médiane, puisqu'elles sont séparées par la masse de cheveux.

Sténose du pylore. — Dans les deux cas la rapidité d'évacuation est notablement amoindrie par suite de la perte de tonicité des parois stomacales due à l'ostacle pylorique. Mais dans la sténose le sel de bismuth s'étale largement, déborde vers la droite et son niveau ne s'élève que lentement; de plus apparaissent des encoches péristaltiques qui donnent à l'image un aspect caractéristique de lobulation mobile.

Parfois, aussi on constate des mouvements antipéristaltiques. Cette déformation se retrouve dans le cancer.

La tumeur pileuse donne, lors de l'ingestion des premières gorgées de bismuth une trainée opaque qui descend le long de la petite courbure, se dirige transversalement à gauche et s'infiltré peu à peu le long de la grande courbure. On établira le véritable diagnostic différentiel en faisant coucher le malade. Dans cette position, la palpation aidant, la masse opaque remonte, s'engage sous les fausses côtes. On voit alors le bismuth franchir aussitôt le pylore et passer dans le duodénum et l'intestin grêle; l'évacuation se fait presque normalement.

Adhérences périgastriques. — Ces adhérences sont d'une grande fréquence. Souvent dans le cancer et

l'ulcus à une phase avancée, il y a adhérence de la région pylorique au foie, parfois de l'estomac et du colon transverse. Les adhérences de la région pylorique et de la vésicule biliaire, surtout dans les cas de lithiase vésiculaire et de cholicystites chroniques ne sont pas rares. Toutes mettent obstacle à la mobilité habituelle de l'estomac.

Celui-ci, sous l'influence d'une inspiration ou d'une expiration forcée ne peut plus subir ses mouvements d'ascension et de descente. Or dans le cas de tumeur pileuse, si nous utilisons la méthode de Chilaiditi qui repose sur ce principe, nous constatons aisément que l'estomac suit les mouvements respiratoires. De même la malade faisant alternativement gros ventre et ventre creux, on reconnaît la mobilité de l'estomac, dont le contenu s'élève en même temps que sa poche.

Cette manœuvre de Chilaiditi n'est pas toujours un signe d'adhérence « car dans le cas d'estomac hypotonique, très allongé, le contenu stomacal s'élève seul, aspiré en haut, alors que son pôle inférieur reste presque au même niveau. L'élévation peut se faire sous l'influence de la pression par la main ». Dans le pylorique. Mais dans la stériose le sel de bismuth cas de tumeur pileuse, une pression profonde donne l'image caractéristique d'un dôme qui se déplace de haut en bas avec les mouvements de la main.

Déformation de l'estomac par les organes voisins. -

Cette déformation produite par des organes hypertrophiés ou par des tumeurs néoplasiques situés dans son voisinage n'est pas rare. L'estomac prend alors divers aspects que seul l'examen radiologique nous permet de reconnaître. Il convient de les différencier par ce

moyen de la forme qu'affecte généralement la poche stomacale renfermant une tumeur pileuse.

La déformation produite par une rate hypertrophiée ressemble beaucoup à celle que nous présente un estomac dilaté. Dans les deux cas nous observons une biloculation. Mais, dans la déformation par hypertrophie de la rate, le rétrécissement de la région médiane ne se fait qu'au dépens de la grande courbure. Dans la tumeur pileuse cette biloculation particulière n'existe pas et l'estomac n'occupe pas une position aussi franchement verticale.

La péritonite chronique bacillaire détermine une déformation beaucoup plus irrégulière de l'estomac. Elle se traduit par une série d'encoches et le duodénum souvent dilaté augmente encore cette irrégularité. Ici on est loin de la forme en J de l'estomac qui contient une tumeur pileuse.

La distension excessive des anses intestinales, telle qu'elle se rencontre en particulier chez les œsophages ou causée par une occlusion intestinale détermine une déformation plus ou moins exacte de l'estomac en « cornue coudée ». Avec l'égagropile, les anses intestinales ne sont jamais aussi distendues, sauf lorsqu'il existe comme dans notre cas personnel, une occlusion de l'intestin grêle par une seconde tumeur pileuse. Du reste, ni la déformation particulière indiquée précédemment, ni le relèvement du pôle inférieur de l'estomac au-dessus de l'ombilic ne sont aussi exagérés.

Il nous reste maintenant à étudier les symptômes radiologiques qui nous permettent de reconnaître si la tumeur appartient à l'estomac ou si elle est indépen-

dante de lui, si elle dépend d'un organe voisin tel que le foie, la rate, le rein gauche et le colon transverse.

En pareils cas la direction presque toujours la même prise par le bismuth le long de la petite ou de la grande courbure ou des deux successivement montrera aisément que la tumeur est indépendante de l'un ou l'autre de ces organes. Si on soulève avec la main, l'extrémité inférieure de la tumeur ou si on fait coucher la malade on constate qu'elle se déplace très librement dans la poche stomacale. Donc, elle appartient à l'estomac mais sans intéresser ses parois.

Enfin, l'estomac peut être déformé par un organe hypertrophié situé dans son voisinage. Le plus souvent il s'agit de la rate. En semblable cas, la grande courbure est déplacée en dedans de cet organe et se trouve refoulée à droite vers la ligne médiane.

Ajoutons que pour obtenir un diagnostic certain, il sera souvent nécessaire de procéder à plusieurs examens dans des conditions différentes et à des moments successifs. On devra même parfois insuffler l'estomac avant de l'examiner ou encore injecter du lait de bismuth dans le colon.

Pour terminer, disons qu'il faudra encore tenir compte du jeune âge, du sexe, de la conservation pendant longtemps d'un bon état général et de la longue histoire de la maladie. Les symptômes cliniques particuliers à la tumeur pileuse, l'étude du chimisme gastrique, et s'il y a doute, les signes radiologiques permettront alors de faire sans difficulté le diagnostic de l'éga-gropile.

CONCLUSIONS

1° Les tumeurs pileuses, égagropiles ou trichobézoards du tube digestif, sont formées de cheveux. D'abord décrites chez les ruminants, ces formations sont des concrétions calcaires ou des poils entrelacés, feutrés par le brassage gastrique. Elles étaient réputées autrefois comme ayant des propriétés antivenimeuses. Elles existent dans l'espèce humaine puisque l'on en connaît actuellement 111 cas. On les observe à tout âge, mais surtout vers la puberté et assez souvent chez des dégénérés ou des aliénés.

2° Ces tumeurs forment une voussure épigastrique ou médiane, transversale, excessivement mobile, mate, dure, crépitante ou donnant sous les doigts l'impression d'un frémissement neigeux. Elles provoquent des troubles gastriques, des vomissements, souvent des hématomèses, une cachexie rapide. Les phénomènes douloureux sont variables. Petites, les masses pileuses sont expulsées par l'intestin et ne déterminent que des troubles légers, un peu de diarrhée sanguinolente parfois.

3° En s'appuyant sur les résultats de l'interrogatoire, de l'exploration physique, du chimisme gastrique et en faisant intervenir dans le doute les rayons X, on arrive à pouvoir affirmer le diagnostic d'égagropile.

Celui-ci devenant la règle et non plus l'exception, fixera les indications positives et précises en vue de la gastrotomie, seul traitement rationnel et toujours suivi de succès.

VU :

Le Président de la Thèse,

F. LEJARS

VU : Le Doyen,
H. ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

P. APPEL.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLEN. — The Journal of the américain association, 1896, t. XXVI, page 199.
- BARCLAY. — The Archives of the Roentgen Ray, octobre 1913, t. 159, pages 167-169 (4 fig.).
- BAUDAMANT. — Ancien Journal de Médecine, Chirurgie et Pharmacie, juillet 1779, t. LVII, page 507.
- BERG. — Nordist Médecinskt archives, t. XIX, année 1897.
- BEST. — British Médical Journal, London, 1869, t. II, pages 630-631.
- BOLLINGER. — München er medicinische Wochenschrift, 1891.
- BRAMANN. — The German Surgical Congress. 1906, the lancet 1921, page 1491.
- BRUCE. — The Canada Lancet, novembre 1901.
- BUCHNILL. — The Journal of Mental Science, 1886, t. XXXII, page, 54.
- CARON. — Bulletin de la Société d'anatomie, 1885.
- CATHELIN. — Bulletin de la Société d'anatomie, 1898.
- COBBOLD. — The Journal of Mental Science, 1886 t. XXXII, page 52.
- CRAWFORD. — The Lancet, 1852, t. I, page 194.
- DANDOIS. — Académie de médecine de Belgique, 1903, 26 décembre.
- DAVIES. — The Lancet, t. II, 1921, page 791.
- DAY. — British Médical Journal, 1902, page 1899.
- DEAVER. — Annales of Surgery, 1898, t. I, page 64.
- EINHORN. — Berliner klinische Wochenschrift, 1892.
- FEIT. — Les tumeurs pileuses du tube digestif ; leur traitement chirurgical. Thèse de Paris 1902.
- GASTON. — Société médico-chirurgicale de Nantes, 1905, 13 avril.
- GULL. — Transactions of the Clinical Society of London, 1871, page 188.
- HARLEY. — Transactions of the Pathological Society, 1859-1860, t. XI, page 87.
- HERBERT. — The Lancet, 1921, page 926.
- HUTENBACH. — Mitteil, aus d. Grenzgebiet, d. Med, und, chir, XXIV, 1911, 85-108 (3 fig.).
- INNMAN. — Médical Times, 869, t. II, page 6.
- JACOBSON. — Médical News, 1900.
- LABOULBÈNE. — Dictionnaire Dechambre, 1^{re} série, vol. 9, page 223.
- LANGDONDOWN. — Cité dans la Revue de Photographie des Hôpitaux, 1871.
- MATAS. — Surg. Gynécol. and olst. 1915. t. XXI, page 594.

- MATHIEU. — P. Bulletin de la Société de Pédiatrie de Paris, Janvier-Février 1925, page 49.
- MAY. — Association médical Journal, 1856, page 1147.
- MEMET d'HAUTEVILLE. — Journal général de médecine, chirurgie et pharmacie, 1813, page 147.
- MICHULIEZ. — Wiener medizinische wochenschrift, 1883.
- MORTON. — The Lancet, 1917, t. II, page 934.
- NEWBOLD. — British Medical Journal, 1914, page 28, the Lancet 1909.
- O'HARA. — Wiener klinische wochenschrift, 1895.
- POLAND. — Pathological transaction, 1851, 1852, page 327.
- POLLACH. — Transactions of the Pathological Society of London, 1851, page 327.
- RUSSEL. — Médical times, 1869, 26 juin.
- SCHCEBORN. — Archiv für klinische Chirurgie, Berlin, 1883, vol. 29, pages 609-614.
- SCHOPF. — Wiener klinische wochenschrift, 1899, n° 46.
- SCHUIBER. — Mitteilungen ans den Méizinriund Chirurgie t. I, page 729.
- SCHULTZ. — Berliner Klinische Wochenschrift, n° 6-9903.
- SIRAUD. — Bulletin de la Société de Chirurgie de Lyon, Vol. 4 1901.
- STELZNER. — Centralblatt für Chirurgie, 1896, n° 31.
- STILL. — British Medical Journal — Société de Médecine, Page 117, mai 1908.
- SWAIN. — The Lancet, 1895, page 1581.
- TALAMON. — Médecine Moderne, 13 mars 1901.
- TANNER. — The Lancet, 1920, t. II, page 1363.
- THORNTON. — The Lancet, 1886, t. I, n°2.
- THURSTAN HOLLAND. — The Archives of the Röntgen Ray, Juillet 1913, n° 156, pages 46-47, The archives of the Röntgen Ray — The archives of the Röntgen Ray, mars 1914, n° 164, pages, 573-574 (deux radiographies).
- ZUBER. — Annales de médecine et de chirurgie infantile de Paris, 1904, page 665.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER — HISTORIQUE.	30
CHAPITRE II — ETIOLOGIE	36
CHAPITRE III — ANATOMIE PATHOLOGIQUE	38
CHAPITRE IV. — SYMPTOMATOLOGIE	40
CHAPITRE V. — DIAGNOSTIC	43
1° - DIAGNOSTIC CLINIQUE ET PRONOSTIC	47
2° - DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE	50
CONCLUSIONS	60